

Tisztelt Szülők/ Gondviselők!

Újonnan érkező tanulók részére

Az iskolaorvosi vizsgálatok során szeretnénk minél több, a gyermekük egészségi állapotát érintő információt megtudni, Az eredményesebb munka érdekében kérjük, hogy töltsék ki gyermekükre vonatkozóan az alábbi kérdőívet, ezzel segítve a megfelelő ellátást.

Kérjük az oltási könyvet e kitöltött lappal együtt a BEIRATKOZÁS NAPJÁN HOZZÁK MAGUKKAL!

Az adatokat titoktartás szabályai szerint, szigorúan bizalmasan kezeljük.

Köszönettel:

Dr. Szabadi Nóra
Ifjúsági, gyermekorvos
Elérhetősége:06-20-777-9931
szabadi.nora.dr@gmail.com

Háló Ilka Boróka
Iskolavédőnő
Elérhetősége: 06-30-294-8256
iskolavedono@zsambek.hu

A tanuló neve:.....osztálya.....
Születési hely:.....szül.idő.....hó.....nap.....
Apja/gondviselő neve:.....
Anyja/leánykori neve:.....
Lakcím:.....
Előző iskola/óvoda neve:.....
Előző iskola/óvoda címe:.....
TAJ szám:.....
Háziorvosának neve:.....elérhetősége:.....
Védőnő neve, elérhetősége:.....

1. Testvérei:

Név (szül.év):.....

Testvérei egészségesek-e(ha nem, milyen krónikus betegségük van)?

*Igen,.....Nem (betegség megnevezése).....

2. A gyermeke születése körül volt-e valamilyen probléma, ha igen mi volt az?

Igen.....Nem.....

3. Gyermeke fejlődésében volt-e valamilyen zavar (tesi fejlődés, mozgás, beszéd, stb.)?

*igen.....

*nem

4. Gyermeke milyen fertőző betegségeken esett át? (A megfelelőt kérjük húzza alá!)

Bárányhimlő, skarlát, rózsahimlő, mumsz, egyéb:.....

5. Volt-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte?

*igen, oka:.....nem

6. Gondozzák-e krónikus betegség miatt?

*igen, kórkép neve:.....gondozóhely.....

7. Áll-e gyógyszeres kezelés alatt? Ha igen, akkor miért, és melyenyógyszert szed?

*igen:.....nem

8. Állt-e kórházi kezelés alatt? Ha igen, mikor és miért

*igen:.....nem

9. Műtétei (év)

.....

10. Törései:.....

 11. A magyarországi oltási rend szerint, kötelező védőoltásokat megkapta-e?
 *igen
 *nem Milyen oltást nem kapta meg?.....oka.....
 12. Tetanusz toxoidot kapott-e az utóbbi fél évben?
 *igen, időpont.....oka.....
 12. Allergiás-e valamilyen gyógyszerre, ételre, állati vagy egyéb anyagra?
 *igen.....nem
 14. Van -e olyan egészségi vagy lelki problémája, amire nem kérdeztünk rá, de jó, ha tudunk róla?.....

Kérjük az alábbi táblázat kitöltését! Amennyiben a családban anyai vagy apai vonalon(egészen a dédszülőig visszamenőleg volt) van valamilyen betegség, az adott oszlopban kérjük "X"-el jelölni.

CSALÁD EGÉSZSÉGÉRE VONATKOZÓ ADATOK

Betegség	Anya/családja	Apa/családja	Testvér/ek
Szív-érrendszeri /magas vérnyomás, Infarktus, agyvérzés			
Allergia, Asztma			
Krónikus gyomor bélszervi betegség			
Cukorbetegség			
Elhízás			
Idegrendszeri-betegség			
Fejlődési rendellenesség			
Daganatos betegség			
Csökkentlátás/vakság			
Nagyothallás/süketség			
Egyéb			

Dátum:

.....
Szülő/Gondviselő aláírása

Tel.szám: elérhetősége:.....